

Anmeldebogen mit Anamnese

Name: _____ Vorname: _____ Adresse: _____ _____ Geburtsdatum u. Ort: _____ Tel. Privat: _____ Tel. Mobil: _____ E-Mail: _____ Beruf: _____ Arbeitgeber, Ort: _____ _____ Tel. Arbeitsplatz: _____ Krankenkasse: _____ pflichtversichert: o ja o nein	Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter? Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____ _____ Wer soll die Rechnung erhalten? Name: _____ Adresse: _____ _____ Sind Sie Beihilfeberechtigter des öffentlichen Dienstes? o nein o ja
--	--

Haben Sie eine Zahnzusatzversicherung? Wenn ja, welche? _____ o nein o ja
 Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Allgemeine Gesundheitsfragen

Haben Sie Gerinnungsstörungen? Bluten Sie ungewöhnlich lange?	o nein	o ja
Nehmen Sie Marcumar o.ä. ein? Wenn ja, was? _____	o nein	o ja
Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? Wenn ja, welche? _____	o nein	o ja
Hatten Sie einen Herzinfarkt, Schlaganfall? Wenn ja, was u. wann? _____	o nein	o ja
Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?	o nein	o ja
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag? _____ Stück	o nein	o ja
Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, Tuberkulose) Welche? _____	o nein	o ja
Nehmen Sie Drogen oder konsumieren Sie regelmäßig viel Alkohol?	o nein	o ja
Haben Sie Epilepsie?	o nein	o ja
Haben Sie grünen Star (Glaukom)?	o nein	o ja
Haben Sie Asthma oder COPD?	o nein	o ja
Reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? Welche? _____	o nein	o ja
Nur Frauen: Sind Sie schwanger, wenn ja in welcher Woche? _____ Woche	o nein	o ja
Bestehen bei Ihnen weitere besondere Risiken, allgemeine Erkrankungen, Infektionen? Wenn ja, welche? _____	o nein	o ja

Spezielle Gesundheitsfragen:

Haben Sie akut Zahnschmerzen?	o nein	o ja
Haben Sie Geräusche oder Schmerzen im Kiefergelenk?	o nein	o ja
Blutet Ihr Zahnfleisch?	o nein	o ja
Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück?	o nein	o ja
Sind Ihre Zähne gelockert?	o nein	o ja
Sind Ihre Zähne verfärbt?	o nein	o ja
Sind für Sie ästhetisch schöne Zähne wichtig?	o nein	o ja
Fand im Kopfbereich in den letzten 2 Jahren eine Röntgenuntersuchung statt? Wenn ja, bei wem? _____	o nein	o ja

Wir bieten einen Erinnerungsservice für die Kontrolluntersuchung an. Möchten Sie diesen Service kostenfrei nutzen? o nein o ja

Wenn ja: per E-Mail per Brief per Telefon

Hamburg, den _____

 Unterschrift